

Rotura retroperitoneal de duodeno, por traumatismo cerrado de abdomen

Dres. José Soto Cordano y Rogelio Beloso García *

Los autores relatan la observación de un paciente de 30 años al cual le pasó por encima del abdomen la rueda de un carro. El diagnóstico preoperatorio se pudo hacer por el estudio radiológico que mostró un neumorretroperitoneo derecho. Se hizo sutura duodenal y gastroenterostomía pero al 8º día instaló una fistula duodenal y falleció.

Palabras clave (Key words, Mots clés) MEDLARS: Duodenum / injuries.

En nuestro país la rotura retroperitoneal de duodeno, sólo ha sido tratada específicamente como tema en pocas oportunidades, siendo de destacar las publicaciones de Musso y Asiner (4) en 1953, Gilardoni y Abó (6) en 1961 y más recientemente Ríos e Ibarburu (5) haciendo una revisión de la casuística del Hospital de Clínicas.

Dicha lesión como todas las vinculadas al trauma, adquiere renovado interés por la frecuencia creciente en que se observa al traumatismo como causa de muerte. Es necesario pensar en ella porque puede pasar desapercibida, incluso durante la exploración quirúrgica, al cirujano inadvertido. Presenta aspectos diagnósticos particulares del punto de vista radiológico, como es el neumorretroperitoneo, cuya presencia, permite certificar el diagnóstico de rotura retroperitoneal de duodeno, presente en esta observación. No existen referencias de este documento en la casuística nacional.

OBSERVACION

Hist. Nº 32.035. Hosp. Pasteur.

Paciente de 30 a., sexo masculino que 7 horas antes del ingreso sufre politraumatismo al caer debajo de un carro, pasándole una rueda por encima del abdomen. No pérdida de conocimiento, no vómitos ni hematemesis. Es trasladado a un Centro Asistencial del interior de donde le envían al H. Pasteur.

Examen. lúcido, apirético, piel y mucosas bien coloreadas e hidratadas. P.A.: 120-60; pulso regular de

Clínica Quirúrgica "1" (Prof. Dr. Alberto Aguiar). Hospital Pasteur, Montevideo.

100 p.m.; buen relleno venoso; pleuropulmonar: s.p.; Abdomen: erosiones en hemiabdomen superior a predominio en hipocondrio y flanco der.; dolor a la palpación profunda en la misma zona. F. Lumbares: libres e indoloras. Tacto rectal: Douglas indoloro, no crepitación perirrectal. Rx. simple de abdomen de pie (Fig. 1): Se observa neumorretroperitoneo a der. siendo claro el enfisema perirrenal. Con diagnóstico de rotura retroperitoneal de duodeno se interviene. Anestesia gral., mediana suprainfraumbilical. No lesiones intraperitoneales, diafragmas sanos, infiltración biliar mesocolónica der., infiltración bilio-gaseosa perirrenal der. Movilización del mesocolon ascendente; decolamiento del mesocolon transverso en su sector der., decolamiento duodeno pancreático. Rotura por estallido de la segunda porción de duodeno que involucra las paredes anterior, posterior y externa, quedando unido por la comisura interna al páncreas. Por la expresión de la vía biliar (vesícula) se individualiza la papila situada contra la cara interna a nivel de la lesión. Se regularizan los bordes atricionados de la herida que sangran en forma profusa y se efectúa sutura en dos planos a puntos separados de lino. Se efectúa gastroenteroanastomosis transmesocólica ante la posible complicación de una estenosis duodenal. Drenaje en cigarrillo de la fosa subhepática, alejado de la sutura, que sale por contrabertura.

Evolución: neumopatía aguda der., al 8º día fistula duodenal. Fallece en forma súbita cuando se iba a reintervenir. No se obtuvieron datos de la necropsia judicial.

COMENTARIO

Pese a que este paciente no presentaba ni hematemesis ni síndrome peritoneal, como tampoco Douglas doloroso ni enfisema perirrectal, elementos clínicos de certeza de lesión visceral, la sola entidad del traumatismo imponía la laparotomía exploradora. La radiología al mostrar el enfisema perirrenal afirmó el diagnóstico específico de R.R.D. En la exploración quirúrgica, la infiltración biliohemática mesocolónica y retroperitoneal conducen a la lesión duodenal. Se trataba de una lesión muy grave, rotura casi total del duodeno, con bordes atricionados y contusos que fueron resecaos. Es importante recalcar las maniobras realiza-

Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay, el 28 de mayo de 1975.

Asistentes de Clínica Quirúrgica.

Dirección: Rambla Tomás Berreta 6739, Montevideo (Dr. Soto).

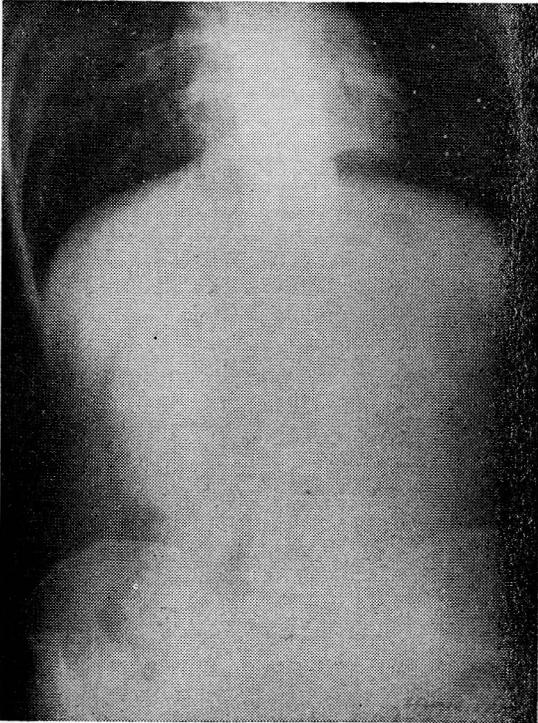


Fig. 1.—Rayos X simple de abdomen. Se ve el neumoma retroperitoneo derecho

das para visualizar la papila, mediante la expresión de la vesícula como en este caso o bien la utilización de colorantes (azul de metileno) que inyectados a nivel de la vía biliar, permiten su individualización.

En cuanto a la táctica quirúrgica empleada es probable que algunas omisiones en el tratamiento, contribuyeran como causa importante en la muerte del paciente. En el aspecto local, si bien la sutura fue satisfactoria, pudo haberse realizado una aposición serosa yeyunal para darle más seguridad. En el aspecto general al no suprimir el pasaje de las secreciones biliar pancreáticas, no realizar una gastrostomía de aspiración y yeyunostomía de alimentación como lo hemos hecho en otras oportunidades.

RESUME

Traumatisme fermé de l'abdomen. Rupture rétro-péritonéale du duodénum.

Les auteurs décrivent l'observation d'un malade de 30 ans, sur l'abdomen duquel avait passé une roue de charrette. Le diagnostic pré-opératoire put se faire grâce à l'étude radiologique, où l'on décèle un pneumorétopéritoine droit. On procéda à une suture duodénale et à une suture gastroentérostomie, mais au 8ème jour apparut une fistule duodénale et le patient mourut.

SUMMARY

Blunt abdominal trauma. Retroperitoneal duodenal rupture.

The authors present the case of a 30 years old patient whose abdomen was pressed on by a wagon's wheel. Preoperative diagnosis could be done by the roentgenological study, which showed a right-side retroperitoneum. They performed a duodenal suture and gastroenterostomy, but the patient died after the occurrence of a duodenal fistula.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. ANDERS-EKLUND E. Retroperitoneal rupture of the duodenum. *Acta Chir Scand*, 116: 36, 1958.
2. BALLINGER W, RUTHERFORD R and ZUIDEMA G. The Management of Trauma. Philadelphia, W Saunders, 1973.
3. CHIFFLET A. La exploración operatoria de la tercera porción del duodeno. *Bol Soc Cir Urug*, 22: 533, 1951.
4. MUSSO R y ASINER B. Rotura traumática de duodeno. *Bol Soc Cir Urug*, 24: 233, 1953.
5. RICH G e BARBURU S. Injurias traumáticas del duodeno. *Cir Urug*, 45: 307, 1975.
6. GILARDONI F y ABO JC. Lesiones duodenopancreáticas en los traumatismos del abdomen. *Bol Soc Cir Urug*, 32: 757, 1961.

DISCUSION

DR. WALTER SUIFFET.— Quisiera realizar un breve comentario sobre los documentos radiológicos presentados. Se observa con toda claridad la infiltración gaseosa de la grasa perirrenal y lo que es muy interesante, es la visualización de las trabéculas de la grasa perirrenal en forma de celdillas. La imagen es distinta a la que se observa cuando se practica el enfisema retroperitoneal diagnóstico, pues lo que se infiltra en esos casos es la grasa pararenal, que es más laxa que la perirrenal. En este caso, el gas ha penetrado directamente a la grasa perirrenal, porque en el sector retroduodenal, la para renal es prácticamente inexistente. Certifica esta consideración el hecho que no se visualiza la vaina del psoas, hecho de observación corriente en el enfisema retroperitoneal. Es por tanto, enfisema perirrenal puro limitado a la celda renal.

Un comentario sobre la táctica quirúrgica. Las rupturas retroperitoneales del duodeno pueden pasar desapercibidas si no se piensa en ellas y se practican los decolamientos necesarios para la exposición correcta del duodeno-páncreas. Es muy fácil explorar el duodeno I y la porción supramesocolónica de D II. Pero es difícil hacerlo en el resto del duodeno, tanto a la derecha como a la izquierda del mesenterio. Para ello hay que recurrir a las maniobras de exposición que fueron descritas por el Prof. L. Mérola (Obras Completas T.I. Anatomía. Montevideo. Siglo Ilustrado. 1941, pág. 101) y que ya hemos comentado en esta Sociedad en otras oportunidades.

El caso presentado es muy interesante y tiene aspectos que hacen muy útil su divulgación.

DR. ALBERTO VALLS.— Felicitemos a los Dres. Soto y Belloso por haber traído este caso con esa documentación radiológica que es excepcional, mostrando ese enfisema retroperitoneal que predomina a nivel del riñón derecho y que hace pensar que ha sido una viscera hueca del lado derecho que ha sufrido un

estallido y que se ha perforado sin acompañarse de neumoperitoneo, lo que hace pensar que fue una lesión que predominó en la cara posterior, en la zona retroperitoneal. Nosotros no tenemos documentación radiológica, hemos operado algunas rupturas de duodeno pero dentro de cuadros muy graves con otras lesiones, por ejemplo ruptura de vena cava. Son lesiones muy serias de difícil solución. Me acuerdo que en el último Congreso que estuvimos en el Comité del Forum, uno de los trabajos que ganó el premio, había hablado del parche con un asa yeyunal, la sección de un asa yeyunal que se puede aislar y hacer la resección y la reparación del duodeno con un sector vitalizado de un asa yeyunal. Pero de seguro esos son cuadros tan graves que muy verosímilmente hubiera fallecido de cual-

quier manera. Yo quería agregar que esa placa que es tan interesante, que no conozco ninguna igual, tiene un hecho y es que se ve la silueta del colon transversal, lo cual demuestra que está íntegro y que la única víscera hueca que pudo haber sido lesionada es el duodeno.

Dr. José Soto. (Cierra la discusión).

Debo decirle al Dr. Suiffet que los trabajos extranjeros consultados sobre todo el de Sanders y Ballinger del año 1974 si bien citan el enfisema perirrenal, no muestran ninguna documentación y lo citan como elemento tardío de diagnóstico de la ruptura retroperitoneal.

Muchas gracias.